



# SUS

---

# BENEFICIOS

---

# MEDICARE

---

Éste es el folleto oficial publicado por el gobierno con información importante sobre:

La cobertura médica del Plan Original de Medicare

- ▶ Las tablas de cobertura y pagos comienzan en la página 14.  
¿Cómo busca lo que necesita? Vea el índice en las páginas 2 y 3.



# INTRODUCCIÓN

## ¡Bienvenido!

Este folleto explica los beneficios del Plan Original de Medicare (a veces denominado pago-por-servicio) para el 2004.

Un beneficio es un servicio o suministro de atención médica que Medicare paga parcial o totalmente.

Es importante saber que Medicare no cubre todo y no paga el costo total de la mayoría de servicios o suministros que están cubiertos. Consulte con su médico para asegurarse que está recibiendo el servicio o el suministro que mejor satisface sus necesidades de atención médica.

## Este folleto explica:

- Lo básico de Medicare
- Los servicios y suministros de atención médica que se cubren en el Plan Original de Medicare, cuándo se cubren y cuánto paga usted.
- Dónde conseguir ayuda si tiene preguntas.

## Planes Medicare Advantage (antiguamente Medicare + Opción)

Usted podría recibir cobertura a través del plan original de Medicare o los Planes Medicare Advantage (antiguamente Medicare + Opción). El congreso creó el programa Medicare Advantage para ofrecerle a usted más opciones, y a veces, beneficios adicionales al permitir que empresas privadas le ofrezcan sus beneficios Medicare. Si usted afilia a un Plan Medicare Advantage, sus opciones podrían incluir:

- Planes de Salud Administrados Medicare,
- Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos de Medicare, y
- Planes Privados de Pago-por-Servicio de Medicare.

Si los Planes de Salud Administrados, los Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos, los Planes Privados de Pago-por-Servicio de Medicare están disponibles en su área, se puede afiliar a uno y recibir beneficios cubiertos por Medicare a través del plan. Al afiliarse a uno de estos Planes de Salud Medicare Advantage, frecuentemente podrá recibir beneficios adicionales, como cobertura de recetas médicas o días adicionales en el hospital. El plan podría tener reglas especiales con las que usted debe cumplir. Tal vez también tenga que pagar una prima mensual por esos beneficios adicionales.

Los Planes Medicare Advantage están disponibles en muchas áreas del país. Si desea obtener información sobre los planes de salud disponibles en su área, busque en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet. Seleccione “Búsqueda Personalizada de Planes Medicare”. También podrá llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

“*Sus Beneficios Medicare*” no es un documento legal. Las disposiciones oficiales del programa Medicare se encuentran en las leyes, reglamentos y regulaciones pertinentes.

# CONTENIDO

Índice.....	2-3
<b>Lo Básico de Medicare.....</b>	<b>4</b>
Su Tarjeta Medicare .....	4
Las Partes A y B de Medicare.....	5
<b>Introducción a los Planes de Salud de Medicare.....</b>	<b>6</b>
<b>El Plan Original de Medicare .....</b>	<b>7</b>
¿Qué es la “asignación” en el Plan Original de Medicare? .....	8
¿Me informarán si un servicio o suministro que necesito no está cubierto? .....	9
¿Qué sucede si Medicare no paga por un servicio o suministro de atención médica? .....	9
¿Qué es una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)? .....	9
¿Debo comprar una póliza Medigap?.....	10
¿Me puede ayudar el estado donde vivo a pagar mis gastos de cuidado de salud? .....	10-11
¿Cómo determina Medicare lo que está cubierto? .....	12
Tablas de servicios y suministros cubiertos por el Plan Original de Medicare .....	13-43
<b>Para Obtener más Información .....</b>	<b>44</b>
Folletos gratuitos sobre Medicare y temas relacionados .....	44
<b>Palabras que Debe Conocer</b>	
(Donde se definen las palabras en azul) .....	45-46

**Nota:** La información en este folleto era correcta al momento de su impresión. Podrían presentarse cambios después de la impresión. Si desea obtener información actualizada, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet y seleccione “Su Cobertura Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Un Representante de Servicio al Cliente le puede indicar si se ha actualizado la información. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

# ÍNDICE

Acupuntura	14	Cuidado de salud en el hogar	5, 27
Agencias Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERC, por sus siglas en inglés)	23	Cuidado de salud mental	30-31
Andaderas/andadores	21, 43	Cuidado en un asilo de ancianos	32
Anteojos	25	Cuidado por el abuso de sustancias	41
Anestesia	14	Deducibles	7
Aparatos ortopédicos	15	Degeneración macular	28
Asignación	8, 45	Días de reserva de por vida	29, 45
Audífonos / exámenes auditivos	26	Diálisis (riñón)	21-22
Aviso al beneficiario por adelantado	9	Educación sobre salud y bienestar	26
Bastón/muletas	16, 24	Electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés) (Ver Pruebas de Diagnóstico)	21
Bombas de infusión (ver Equipo Médico Duradero)	24	Enema de bario	17
Bombas de succión	24	Equipo Médico Duradero	23-24
Búsqueda Personalizada de Planes Medicare	6	Evaluación para glaucoma	26
Camas de aire	24	Examen de la vista	25
Cantidad aprobada por Medicare	8, 46	Equipo de oxígeno	24, 33
Capacitación para el auto-control de la diabetes	20	Equipo de tracción	24
Cargo límite	8, 45	Examen de sangre oculta en materia fecal	17
Centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios	14	Citología Papanicolau	34
Centros de Enfermería Especializada	5, 39-41	Exámenes físicos	34
Cirugía cosmética	17	Evaluación de cáncer colorectal (“screening”)	17
Cobertura de salud mental	30-31	Evaluación de cáncer de próstata (“screening”)	37
Colonoscopia	17	Hospital de acceso crítico	5, 45
Copago	7	Inyección contra Hepatitis B (ver vacunas)	39
Coseguro	7, 45	Lentes intraoculares	25
Cuidado de custodia/compañía	18	Lentes de contacto	25
Cuidado de hospicio	28	Mamografía	30
Cuidado de los pies	26	Medicaid	11, 46
Cuidado de hospital	5, 29	Medicamentos recetados	35-36
Cuidado de relevo	28, 38	Medicamentos para la osteoporosis	27, 35

# INDEX

Medición de masa ósea . . . . .	15	Segunda opinión médica /quirúrgica . . . . .	38
Miembros artificiales . . . . .	15	Servicio dentales . . . . .	18
Monitores del nivel de glucosa en la sangre . . . . .	24	Servicios de hospital para pacientes ambulatorios . . . . .	5, 32
Muletas/bastón . . . . .	16, 24	Servicios de ambulancia . . . . .	14
Nebulizadores . . . . .	24	Servicios de laboratorio . . . . .	21, 30
Necesario por razones médicas . . . . .	11, 46	Servicios de sala de emergencia . . . . .	24-25
Ojos artificiales . . . . .	15	Servicios de Proveedor de Cuidado de la Salud -No Médico .	31
PACE (Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos) . . . . .	11	Servicios y suministros para diabéticos . . . . .	18-21
Parte A de Medicare . . . . .	5-7	Servicios de terapia médica de nutrición . . . . .	32
Parte B de Medicare . . . . .	5-7	Servicios quiroprácticos . . . . .	16
Período de beneficios . . . . .	29, 45	Sigmoidoscopia flexible . . . . .	17
Planes de Salud Administrados Medicare . . . . .	6, 46	Sillas de ruedas . . . . .	24, 43
Plan Medicare Advantage (antiguamente Medicare + Opción) . . . . .	6	Silla retretes . . . . .	17, 24
Plan Original de Medicare . . . . .	4	Suministros de ostomía . . . . .	32
Plan Privado de Pago-por-Servicio . . . . .	6, 46	Terapia de lenguaje/habla . . . . .	27, 34
Plan de Organizaciones de Proveedores Preferidos . . . . .	6, 46	Terapia de radiación . . . . .	38
Póliza Medigap . . . . .	9	Terapia física . . . . .	27, 34
Prima . . . . .	5, 46	Terapia ocupacional . . . . .	34
Programa de rehabilitación cardiaca . . . . .	16	Tiras para pruebas de glucosa en la sangre . . . . .	8, 18-19
Prótesis . . . . .	43	Tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) .	21
Prótesis de seno . . . . .	16	Transportadores/Elevadores de pacientes . . . . .	24
Quimioterapia . . . . .	16	Transporte . . . . .	42
Pruebas clínicas . . . . .	16	Trasplantes . . . . .	42
Prueba de resonancia magnética (Ver prueba de diagnóstico) . . . . .	21	Vacunas . . . . .	38
Pruebas de diagnóstico . . . . .	21	Vacuna contra la gripe/influenza . . . . .	26, 39
Rayos-x . . . . .	21-43	Vacuna contra la pulmonía . . . . .	39
Sangre . . . . .	15	Vacuna contra la Hepatitis B (ver vacunas) . . . . .	39
		Viajes . . . . .	42-43
		Visitas al consultorio médico . . . . .	22
		Zapatos ortopédicos/terapéuticos . . . . .	41

# LO BÁSICO DE MEDICARE

Medicare es un programa de seguro médico para:

- personas de 65 años o mayores.
- algunas personas con incapacidades menores de 65 años.
- personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés) (fallo permanente del riñón que requiera diálisis o trasplante)

**Medicare tiene dos partes:**

Parte A (Seguro de Hospital), ver la página 5. La mayoría de personas no tienen que pagar por la Parte A.

Parte B (Seguro Médico), ver la página 5. La mayoría de personas tienen que pagar mensualmente por la Parte B.

**¿Necesita una nueva tarjeta de Medicare?**

Puede pedir una nueva tarjeta de Medicare en [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) por Internet, o llamar a la Administración del Seguridad Social al 1-800-772-1213.

## La Tarjeta Medicare

Las partes de Medicare que usted tiene aparecen en la parte inferior izquierda de la tarjeta.

A sample Medicare Health Insurance card for Jane Doe. The card features the Medicare logo and the text "MEDICARE HEALTH INSURANCE" at the top. Below this, it lists the phone number "1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)". The beneficiary's name is "JANE DOE". The Medicare claim number is "000-00-0000-A" and the sex is "FEMALE". The card indicates entitlement to "HOSPITAL MEDICAL" (PART A) and "MEDICAL" (PART B), both with an effective date of "07-01-1986". A signature line at the bottom is labeled "SIGN HERE" and contains the handwritten signature "Jane Doe". A large "SAMPLE" watermark is overlaid on the card.

MEDICARE		HEALTH INSURANCE	
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)			
NAME OF BENEFICIARY			
JANE DOE			
MEDICARE CLAIM NUMBER		SEX	
000-00-0000-A		FEMALE	
IS ENTITLED TO		EFFECTIVE DATE	
HOSPITAL (PART A)		07-01-1986	
MEDICAL (PART B)		07-01-1986	
SIGN HERE		Jane Doe	

**Nota:** Hay versiones anteriores de esta tarjeta que son ligeramente diferentes, pero todavía son válidas.

# LO BÁSICO DE MEDICARE

## ¿Qué es la Parte A de Medicare?

La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) ayuda a cubrir la atención médica del paciente interno en hospitales, hospitales de acceso crítico, y centros de enfermería especializada. También ayuda a cubrir el cuidado de hospicio y algún cuidado de salud en el hogar. Usted debe cumplir con ciertas condiciones para ello.

**Costo:** La mayoría de las personas no tienen que hacer un pago mensual, denominado prima, por la Parte A. Esto se debe a que ellos o sus cónyuges pagaron impuestos de Medicare cuando trabajaban.

Si usted (o su cónyuge) no pagaron impuestos de Medicare cuando trabajaban, y tiene por lo menos 65 años de edad, aún podrá comprar la Parte A. Si no está seguro que dispone de la Parte A, busque su tarjeta de Medicare roja, blanca, y azul (ver ejemplo en la página 4). Si tiene la Parte A, podrá leer “Hospital (Parte A)” en la parte inferior izquierda de la tarjeta. También podrá llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 si desea obtener más información sobre la compra de la Parte A. Si usted recibe beneficios de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB, por sus siglas en inglés), llame a la oficina local de RRB o al 1-800-808-0772.

Las palabras en azul se definen en las páginas 45-46.

## ¿Qué es la Parte B de Medicare?

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) ayuda a cubrir los servicios de su médico, y el cuidado de hospital del paciente ambulatorio. También cubre otros servicios médicos que la Parte A no cubre, como algunos de servicios de terapia física y ocupacional, y algún cuidado de salud en el hogar. La Parte B ayuda a pagar estos servicios y suministros cubiertos cuando sean necesarios por razones médicas.

**Costo:** Usted paga la prima de la Parte B de Medicare de \$78.20 por mes en el 2005. En algunos casos, esta cantidad podría ser más alta si usted no se inscribió para la Parte B cuando fue elegible por primera vez. Es posible que el costo de la Parte B suba 10% por cada período de 12 meses durante los cuales usted hubiera tenido la Parte B, pero no estaba inscrito. Tendrá que pagar esta cantidad adicional mientras que tenga la Parte B, excepto en casos especiales.

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en Medicare, busque en su copia del manual “*Medicare y Usted*”, o llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Si recibe beneficios de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB, por sus siglas en inglés), llame a la oficina local de la RRB o al 1-800-808-0772.

# INTRODUCCIÓN A LOS PLANES DE SALUD MEDICARE

## ¿Cómo recibe usted la atención médica de Medicare?

Medicare le ofrece diferentes maneras para conseguir sus beneficios Medicare. Estos incluyen el Plan Original de Medicare y los Planes Medicare Advantage (antiguamente Medicare + Opción). La manera en que recibe su cuidado de salud en el programa Medicare depende del plan que elija. Dependiendo de donde vive, podría escoger entre varios planes.

## En el 2004, Medicare ofrece los siguientes tipos de planes:

- Plan Original de Medicare (a veces denominado pago-por-servicio): cualquiera que tenga Medicare puede afiliarse al Plan Original de Medicare. Este plan está disponible a nivel nacional. Muchas personas en el Plan Original de Medicare también tienen una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) ofrecido por empresas privadas para ayudar a pagar gastos médicos que este plan no cubre. Vea la página 7.
- Planes Medicare Advantage (antiguamente Medicare+Opción).- Puede recibir su cobertura a través del Plan Original de Medicare o los Planes Medicare Advantage. El Congreso creó el programa Medicare Advantage para ofrecerle más opciones, y a veces, beneficios adicionales, al permitir que empresas privadas le ofrezcan sus beneficios Medicare. El Plan Medicare Advantage que usted elija podría incluir:

- Planes de Salud Administrados Medicare,
- Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos, y
- Planes Privados de Pago-por-Servicio.

**NOTA:** Los Planes Medicare Advantage deben cubrir por lo menos los mismos beneficios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Sin embargo, sus costos podrían ser diferentes, y tal vez tenga beneficios adicionales, como cobertura de medicamentos recetados o días adicionales en el hospital. Tal vez deba pagar una prima mensual por los beneficios adicionales.

Si desea obtener más información sobre los planes de salud de Medicare, refiérase al manual *“Medicare y Usted”*. Este manual se envía cada otoño por correo a todas las personas con Medicare. Para pedir una copia gratuita, ver la página 44. Para averiguar qué planes de salud Medicare están disponibles en su área, busque en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet. Seleccione “Búsqueda Personalizada de Planes Medicare”, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Siga las instrucciones para hablar con un representante de servicio al cliente, quien lo ayudará con la “Búsqueda Personalizada de Planes Medicare”. Usted recibirá los resultados por correo en el plazo de tres semanas. La “Búsqueda Personalizada de Planes Medicare” lo ayudará a informarse para que elija la opción que le conviene más.

**Este folleto explica su cobertura en el Plan Original de Medicare.**

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

## ¿Qué es el Plan Original de Medicare?

El Plan Original de Medicare es un plan de “pago-por servicio”. Significa que, por lo general, se le cobra una tarifa por cada servicio o suministro de salud que reciba. Este plan, administrado por el gobierno federal, está disponible en todo el país. Si usted está en el Plan Original de Medicare, utiliza su tarjeta blanca, azul, y roja cuando recibe servicios de salud (ver la tarjeta de muestra en la página 4). Si usted está contento recibiendo su atención médica de esta manera, no tiene que hacer modificación alguna. Permanecerá en el Plan Original de Medicare a menos que escoja ingresar a un Plan Medicare Advantage.

## ¿Cómo funciona el Plan Original de Medicare?

- Usted puede atenderse con cualquier médico o especialista que acepte Medicare y que en ese momento esté aceptando nuevos pacientes de Medicare o a cualquier hospital o centro de atención. Generalmente, se le cobra una tarifa cada vez que reciba un servicio. Si usted acude a un médico, especialista, hospital u otra institución que no acepta Medicare, Medicare no pagará por el servicio.
- Si tiene la Parte A de Medicare, recibirá todos los servicios cubiertos por la Parte A mencionados en las tablas de las páginas 14-43.
- Si paga la prima mensual de la Parte B (\$78.20\* en el 2005), recibirá todos los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare mencionados en las tablas de las páginas 14-43.

- Usted paga una cantidad fija por sus servicios de salud antes de que Medicare pague por su parte (deducible): \$876 por la Parte A y \$100 por la Parte B en el 2004. El deducible de la Parte B aumentará a \$110 en el 2005. Luego, Medicare paga su parte y usted paga la suya (coseguro o copago).
  - Después de haber recibido un servicio de salud, recibirá por correo un Resumen de Medicare cada mes. Este aviso es enviado por la compañía que hace la facturación para Medicare. El resumen muestra la cantidad que se le puede facturar.
- \* Las nuevas tarifas anuales de la prima de Medicare son efectivas a partir de cada enero. Si usted recibe beneficios de la Seguro Social o la Junta Ferroviaria de Retiro, todos los años le enviarán las nuevas tarifas con su aviso de ajuste del costo de vida en diciembre. También puede obtener las nuevas tarifas de Medicare para el año siguiente después del 1 de diciembre si visita [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet, o llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en azul se definen en las páginas 49-50.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

## ¿Qué es la “asignación” en el Plan Original de Medicare?

La asignación es un acuerdo entre los beneficiarios de Medicare, sus médicos y proveedores y Medicare. La persona con Medicare acepta que su médico o proveedor le solicite directamente a Medicare el pago por los servicios, equipo y suministros cubiertos por la Parte B. Los médicos y proveedores que aceptan (o deben por ley) la asignación de Medicare, no pueden intentar cobrarle a las personas con Medicare, sus otros seguros o cualquier otra persona, más de las cantidades apropiadas de deducible y coseguro.

Si no aceptan la asignación, pueden que le cobren más que la cantidad aprobada por Medicare. Para la mayoría de servicios, hay un límite en la cantidad que el médico o proveedor pueda cobrarle por encima de la cantidad aprobada por Medicare. La cantidad máxima que su médico o proveedor puede cobrarle por encima de la cantidad cubierta por Medicare, si no acepta la asignación, se llama cargo límite. El cargo límite es hasta un 15% por encima de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite sólo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a suministros y equipos. **Además, tal vez tenga que pagar el total de la factura al momento de recibir el servicio.** Luego, Medicare le enviará a usted la parte del cargo que le corresponda después de procesar la reclamación.

En algunos casos, los proveedores y suministradores de atención médica deben aceptar la asignación. Por ejemplo, si usted recibe medicamentos y productos biológicos recetados de una farmacia o suministrador inscrito en el programa de Medicare, dicha farmacia o suministrador debe aceptar la asignación.

**Importante:** Si usted recibe medicamentos o suministros de una farmacia o proveedor que no está inscrito en el programa de Medicare, **Medicare no pagará.**

Los médicos y suministradores deben enviarle su reclamo a Medicare. Todas las farmacias y proveedores inscritos deben enviar el reclamo por las tiras de prueba de glucosa y no le podrán cobrar a usted por este servicio. Usted no podrá enviar el reclamo por sí mismo.

Para obtener más información sobre la asignación, pida una copia gratuita del folleto *¿Acepta su médico o proveedor la asignación?* (Pub CMS No. 10134-S). Para averiguar qué médicos y suministradores participan en Medicare, busque en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet. Seleccione “Directorio de Médicos Participantes” o el “Directorio de Suministradores”. También podrá llamar al 1-800-MEDICARE para obtener esta información.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

## **¿Me informarán si un servicio o suministro que necesito no está cubierto?**

Sí. En la mayoría de los casos, su médico, proveedor o suministrador le debe entregar un aviso por escrito antes de que usted reciba artículos o servicios que Medicare tal vez no pagará. Este aviso por escrito se llama Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN, por sus siglas en inglés). Usted debe recibir el ABN cuando los artículos o servicios normalmente cubiertos por Medicare se consideran no necesarios por razones médicas. También podría recibir el ABN cuando no se cubre cuidado de enfermería especializado, cuidado de atención médica en el hogar, cuidado de hospicio o equipos y suministros médicos, en ciertos casos. El ABN explica por qué Medicare no pagará por ciertos artículos y servicios. La información en el ABN lo ayudará a elegir si quiere recibir el artículo o servicio, aun si lo tiene que pagar usted mismo.

No recibirá el ABN para artículos y servicios que Medicare nunca cubre. Su médico, proveedor o suministrador le podría entregar un aviso por escrito de artículos y servicios que no están cubiertos tales como consultas oculares y exámenes dentales. En casos de que los artículos y servicios están excluidos de la cobertura de Medicare, usted podría recibir un Aviso de Exclusión de Beneficios de Medicare (NEMB, por sus siglas en inglés), que es de carácter voluntario. Si usted elige recibir artículos o servicios no cubiertos por Medicare, usted tendrá que pagar por ellos, ya

sea usted mismo o mediante otro seguro médico a su disposición, aún si recibe o no recibe un aviso por adelantado.

## **¿Qué sucede si Medicare no paga por un servicio o suministro de atención médica?**

El Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) le brinda información sobre los servicios o suministros que Medicare no paga. El Resumen de Medicare es un aviso por escrito que le informa si Medicare ha o no ha pagado por determinado servicio o suministro. Léalo detenidamente. Si usted piensa que Medicare debe haber pagado por dicho servicio o suministro, usted tiene 120 días a partir de la fecha que reciba el aviso para presentar una apelación. El reverso del Resumen de Medicare tiene información sobre cómo solicitar que Medicare tome otra decisión sobre el pago de los servicios o suministros que usted recibió.

## **¿Qué es una póliza Medigap? (Seguro Suplementario a Medicare)**

Una póliza Medigap es una póliza de seguro de salud vendida por empresas de seguro privadas para completar las faltas de cobertura del Plan Original de Medicare. Las pólizas Medigap deben cumplir con las leyes federales y estatales. Estas leyes lo protegen a usted. La parte delantera de la póliza Medigap debe identificarla claramente como “Seguro Suplementario a Medicare”.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

## ¿Debo comprar una póliza Medigap?

Las pólizas Medigap ayudan a pagar los costos de cuidado de salud solo si usted tiene el Plan Original de Medicare. Comprar una póliza Medigap es una decisión que solo usted puede tomar. Posiblemente quiera comprar una póliza Medigap si se inscribe en el Plan Original de Medicare porque este plan no paga todos los costos de sus servicios de salud. Si está en el Plan Original de Medicare, hay gastos que tendrá que pagar usted mismo. Dependiendo de sus necesidades de cuidado de salud y de su situación económica, tal vez quiera continuar con su cobertura de empleador o de retirado, o inscribirse en un [Plan Medicare Advantage](#).

No tiene que comprar una póliza Medigap si está en un Plan Medicare Advantage. De hecho, puede ser ilegal que alguien le venda una póliza Medigap sabiendo que usted está en uno de esos planes de salud. Si usted tiene [Medicaid](#), por lo general, es ilegal que una compañía de seguros le venda una póliza Medigap excepto en ciertas situaciones.

Para obtener más información sobre las pólizas, costos y opciones de Medigap, consiga una copia de la *Guía de Seguro Médico para las Personas con Medicare: Selección de una Póliza Medigap* (Pub. CMS No. 02110-S). Vaya a la página 44 para ver cómo obtener este folleto.

## ¿Podrá pagar otro plan de salud antes que Medicare?

Sí. Por ejemplo, si usted está cubierto por un plan de salud de grupo de su empleador, con base al empleo actual de usted u otro miembro de la familia, entonces dicho plan podrá pagar los gastos médicos primero. Para obtener más información sobre quién debe pagar primero, consiga una copia de *Medicare y Otros Beneficios de Salud: Guía Sobre Quién Paga Primero* (Pub. CMS No. 02179-S). Vaya a la página 44 para ver detalles sobre cómo obtener este folleto.

## ¿Me puede ayudar el estado donde vivo a pagar mis gastos médicos?

Los Programas de Ahorros Medicare ayudan a millones de personas con Medicare a ahorrar dinero cada año. Los estados también tienen programas para personas con bajos ingresos y recursos limitados que pagan la primas de Medicare. Algunos programas también pueden pagar los deducibles y coseguros de Medicare.

### Usted puede solicitar estos programas si:

- Tiene la Parte A de Medicare. Si paga la prima de la Parte A de Medicare pero piensa que no puede pagarla, el Programa de Ahorros Medicare posiblemente pueda pagar dicha prima por usted; y
- Es un individuo con recursos de \$4,000 o menos, o una pareja con recursos de \$6,000 o menos. Los recursos incluyen dinero en una cuenta corriente o ahorros, acciones, o bonos; y
- Es un individuo con un ingreso mensual de menos de \$1,068\*, o una pareja con ingreso mensual de menos de \$1,426.\*

\* Los límites de ingresos cambiarán ligeramente en el 2005. Si usted vive en Alaska o Hawai, los límites de ingresos son ligeramente más altos.

Llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica y pida información sobre los Programas de Ahorros Medicare, ya que los nombres de los programas varían de un estado a otro. Para obtener el número de teléfono, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Es muy importante que llame si piensa que califica para cualquiera de estos Programas de Ahorros Medicare, aún si no está seguro.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

**Nota:** Es posible que algunos estados tengan requisitos más generosos con respecto a los ingresos y/o recursos.

Los Programas de Ahorros de Medicare posiblemente no estén disponibles en Guam, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, la Islas Marianas del Norte y Samoa Americana.

## Medicaid

Si sus ingresos y recursos son más limitados que aquellos descritos en la página 10, es posible que califique para Medicaid. La mayoría de sus gastos de salud están cubiertos si usted tiene Medicare y Medicaid. Medicaid es un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a pagar los costos médicos para ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado. Las personas con Medicaid pueden recibir cobertura, por ciertos servicios que no cubre Medicare por ejemplo, el cuidado en un asilo para ancianos, cuidado en el hogar y medicinas recetadas para pacientes ambulatorios. Si desea obtener más información sobre Medicaid, llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica. Para obtener el número de teléfono, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

## PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE combina servicios médicos, sociales, y cuidado de salud a largo plazo para las personas delicadas de salud. Para ser elegible, usted debe tener por lo menos 55 años de edad, vivir en el área de servicio de un programa PACE, y certificación indicando que usted necesita el nivel de cuidado requerido en los servicios de asilo para ancianos en su estado. Usted puede tener Medicare o Medicaid, o

ambos, Medicare y Medicaid. PACE se encuentra disponible solo en los estados que han escogido brindarlo bajo Medicaid. Para más información sobre PACE, llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica. Para obtener el número de teléfono, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

## Para que Medicare cubra un servicio o suministro, usted debe:

- Tener la parte de Medicare (A ó B) que cubre un suministro o servicio en particular;
- Necesitar el servicio o suministro debido a una condición médica (debe ser necesario por razones médicas):  
Servicios o suministros necesarios por razones médicas:

- Los que son apropiados y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica;
- Los que se proporcionan para el diagnóstico, cuidado directo, y tratamiento de su condición médica;
- Los que cumplen las normas de la buena práctica médica en el área local; y
- Los que no son principalmente para su conveniencia o la del médico.

y

- Cumplir con ciertas condiciones que aplican. En algunos casos, puede haber un límite sobre la frecuencia de la cobertura del servicio o suministro.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

## ¿Cómo decide Medicare cuáles son los servicios que debe cubrir?

A veces, Medicare toma una decisión a nivel nacional sobre qué servicios o equipo médico están o no cubiertos después de revisar la información sobre la eficacia de los equipos o servicios para mejorar la salud de los pacientes o el tratamiento de un problema de salud. Si Medicare toma una decisión que se aplica a todas las personas con Medicare, se conoce como “Determinación Nacional de Cobertura”.

Puede haber una Determinación Local de Cobertura que explique si se cubre un servicio en su área y cuando se considera necesario por razones médicas. Para obtener más información sobre la Determinación Nacional de Cobertura, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet. Seleccione “Su Cobertura de Medicare” y el suministro o servicio que usted necesita. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener esta información.

## Tablas de cobertura del Plan Original de Medicare

En las páginas siguientes hay tablas que detallan:

- Algunos de los servicios y suministros que cubre el Plan Original de Medicare,
- Las condiciones que deben cumplirse para que se cubran algunos servicios o suministros,
- La frecuencia de la cobertura de servicios o suministros (límites);
- Lo que usted paga, y
- Algunos de los servicios y suministros que el Plan Original de Medicare no cubre.

En la página 13 se explica cómo leer las tablas.

Si su servicio o suministro no está relacionado en las tablas, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre el tipo de servicio o suministro que necesita. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede averiguar qué servicios o suministros cubre Medicare visitando [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet y seleccionando “Su Cobertura de Medicare”.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

**Cómo leer los cuadros:** Este es un **ejemplo** de las tablas en las páginas 14-43 que explica su cobertura en el Plan Original de Medicare.

El nombre del servicio o suministro se detalla alfabéticamente.

Explica si Medicare cubre el servicio o suministro, cualquier condición que debe cumplirse antes que Medicare la cubra, y los límites para la cobertura.

	Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>A</b>	<b>Acupuntura</b>	No está cubierto por Medicare.	100% de los gastos.	
	<b>Servicios quiroprácticos</b>	Medicare cubre la manipulación de la espina dorsal para corregir una luxación cuando el servicio es brindado por quiroprácticos u otros proveedores calificados.	20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)*(2) **	B

Los servicios y suministros se detallan alfabéticamente. Las lengüetas con letras lo ayudan a encontrar el servicio o suministro que necesita.

La parte del costo que usted paga en el 2004. Las cantidades cambiarán en el 2005. No puede mostrarse una cantidad en dólares ya que los costos varían. Si usted tiene una póliza Medigap (ver la página 9) u otra cobertura de salud además de Medicare, la póliza puede pagar esta cantidad total o parcialmente.

Si se cubre el servicio o suministro, esta columna muestra qué parte de Medicare paga el servicio o suministro. Si usted tiene las Partes A y B de Medicare, no tiene que prestarle atención a esta columna. Sin embargo, si solamente tiene una parte, debe fijarse detenidamente para ver si está cubierto.

Las palabras en azul se definen en las páginas 45-46.

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

	Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>A</b>	<b>Acupuntura</b>	No está cubierto por Medicare	Usted paga 100%.	
	<b>Servicios de ambulancia</b>	<p>Medicare cubre servicios de ambulancia limitados. Si tiene que ir a un hospital o a un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés), los servicios de ambulancia están cubiertos <b>solo si el transporte en otro vehículo pusiera en peligro su salud</b>. Por lo general, el transporte de un hospital o SNF no está cubierto. Si la atención que necesita no está disponible en su localidad, Medicare ayuda a pagar el transporte necesario en ambulancia al centro más cercano fuera de su área local que puede brindarle el cuidado que necesita. Si escoge ir a otro centro más alejado, el pago de Medicare estará basado en lo que costaría llegar al centro más cercano. Todos los proveedores de servicios de ambulancia deben aceptar la asignación.</p> <p>Medicare no paga el transporte en ambulancia al consultorio médico.</p> <p>La ambulancia aérea se paga solamente en casos de emergencia. Si usted se hubiera podido transportar por ambulancia terrestre sin sufrir serios daños a su vida o salud, Medicare solamente pagará la tarifa por la ambulancia terrestre y usted es responsable de pagar la diferencia.</p>	Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)*	B
	<b>Centros de cirugía ambulatoria</b>	Medicare cubre los servicios que se brindan en un centro de cirugía ambulatoria por un procedimiento quirúrgico cubierto.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) **	B
	<b>Anestesia</b>	Los servicios de anestesia se cubren junto con los beneficios médicos y quirúrgicos. <b>La Parte A de Medicare cubre la anestesia que recibe como paciente interno en el hospital</b> . La parte B de Medicare cubre la anestesia que usted recibe como paciente ambulatorio.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por servicio de hospital para pacientes ambulatorios. (1)* (2) **	A & B

14 \* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>Extremidades y ojos artificiales</b>	Medicare ayuda a pagar por los ojos y extremidades artificiales. Si usted desea obtener más información, ver la sección Prótesis de la página 37.	Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) **	B
<b>Sangre</b>	Usted paga las primeras 3 pintas de sangre. La Parte A cubre la sangre que recibe como paciente interno y la Parte B cubre la sangre que recibe como paciente externo en un Centro de Cirugía Ambulatorio.	Usted paga por las primeras tres pintas de sangre, a menos que usted o alguien más done la sangre para reemplazar la que usa. Después de las primeras tres pintas de sangre, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) **	A & B
<b>Medición de masa ósea</b>	Medicare cubre las mediciones de masa ósea solicitadas por el médico o profesional calificado tratándolo si usted cumple con una o más de las siguientes condiciones: (Mujeres) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted está recibiendo tratamiento debido a bajos niveles de estrógeno y corre el riesgo clínico de padecer osteoporosis, tomando como fundamento su historial médico y otros descubrimientos.</li> </ul> (Hombres y Mujeres) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sus rayos X muestran osteoporosis, osteopenia o fracturas de las vértebras previas</li> <li>• Usted toma prednisona o medicina de tipo esteroide, o planea comenzar dicho tratamiento.</li> <li>• Usted ha sido diagnosticado con hiperparatiroidismo primario.</li> <li>• Usted está bajo tratamiento con un medicamento para la osteoporosis, para ver si la terapia es adecuada.</li> </ul> El examen está cubierto una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si fuese necesario por razones médicas.	Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) ** En el hospital, usted paga una cantidad fija de copago. (1)*	A & B
<b>Aparatos ortopédicos (brazo, pierna, espalda y cuello)</b>	Medicare cubre abrazaderas para el brazo, pierna, espalda, y cuello. Si desea más información, vea Prótesis en la página 36.	Ver la página 37.	B

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un deducible anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la asignación.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

	Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>B</b>	<b>Prótesis de seno</b>	Medicare cubre la prótesis de seno (incluyendo un sostén quirúrgico) después de una mastectomía. Si desea obtener más información, vea la sección Prótesis en la página 37.	Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) **	B
<b>C</b>	<b>Bastón/muletas</b>	Medicare cubre bastones y muletas. Medicare no cubre bastones blancos para los ciegos. Si desea obtener más información, vea la sección Equipo Médico Duradero en las páginas 23-24.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) **	B
	<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Los programas de ejercicios son cubiertos para pacientes que son referidos por un médico quienes: 1) han sufrido un ataque al corazón en los últimos 12 meses, 2) han tenido una cirugía de bypass coronario, y/o 3) padecen de angina de pecho estable. El departamento para pacientes ambulatorios del hospital o la clínica dirigida por médicos puede ofrecer estos programas.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) **	B
	<b>Quimioterapia</b>	La quimioterapia está cubierta para pacientes internos o ambulatorios de un hospital, o pacientes en la oficina del médico o en clínicas independientes.  En un hospital como paciente interno, la Parte A cubre la quimioterapia  En un hospital como paciente ambulatorio, en un centro independiente, o en la oficina del médico, la Parte B cubre la quimioterapia.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) **  Usted abona una cantidad fija de copago como paciente ambulatorio del hospital. (1)*	A ó B  A  B
	<b>Servicios quiroprácticos</b>	Medicare cubre la manipulación de la espina dorsal para corregir una luxación cuando sea practicada por quiroprácticos u otros proveedores calificados.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) **	B
	<b>Pruebas clínicas</b>	Medicare cubre gastos de rutina, como consultas médicas y pruebas si usted participa en una prueba clínica calificada. Medicare no paga los artículos de ensayo que se investigan en la mayoría de los casos. Las pruebas clínicas prueban nuevos tipos de cuidado médico, como por ejemplo una nueva medicina contra el cáncer. Las pruebas clínicas ayudan a los médicos y a los investigadores a ver si el nuevo cuidado es eficaz y seguro. Para solicitar un folleto gratuito sobre la cobertura de Medicare para las pruebas clínicas, vea la página 44.	Usted paga la parte del cargo que normalmente pagaría por los servicios cubiertos.	A & B

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<p><b>Evaluación de cáncer colateral</b></p>	<p>Medicare cubre varias evaluaciones para cáncer del colon. Hable con su médico sobre las opciones de evaluación que son apropiadas para usted. Todas las personas con Medicare que tienen 50 años o más de edad están cubiertas. Sin embargo, no hay una edad mínima para hacerse una colonoscopia.</p> <p>El cáncer del colon y del recto tiene la segunda más alta incidencia de mortalidad entre los tipos de cáncer en los Estados Unidos, pero es uno de los cánceres más prevenibles. Las evaluaciones pueden ayudar a prevenir el cáncer del colon y del recto al encontrar y extirpar pólipos precancerosos antes que se conviertan en cáncer. Se podrían evitar más de un tercio de las muertes debido a cáncer del colon y del recto si las personas mayores de 50 años se sometieran a estas evaluaciones con regularidad.</p> <p><b>Colonoscopia:</b> Medicare cubre esta prueba cada 24 meses si usted corre alto riesgo de padecer cáncer de colon. De lo contrario, una vez cada 10 años, pero no dentro de los 48 meses de una evaluación de sigmoidoscopia.</p> <p><b>Examen de sangre oculta en materia fecal:</b> Medicare cubre esta prueba cada 12 meses.</p> <p><b>Sigmoidoscopia flexible:</b> Medicare cubre esta prueba una vez cada 48 meses, pero no dentro de los 10 años de una evaluación de colonoscopia.</p> <p><b>Enema de Bario:</b> El médico puede utilizar esta técnica en vez de la sigmoidoscopia flexible o colonoscopia. Se cubre cada 24 meses si usted tiene alto riesgo de padecer cáncer del colon y cada 48 meses de lo contrario.</p>	<p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Usted paga 25% de la cantidad aprobada por Medicare si la prueba se realiza en el departamento ambulatorio de un hospital. (1)* (2)**</p> <p>No paga nada por el examen de sangre oculta en materia fecal.</p> <p>Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare y paga 25% de la cantidad aprobada por Medicare si la prueba es realizada en el departamento ambulatorio de un hospital.</p> <p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.</p>	<p>B</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>B</p>

C

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un deducible anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la asignación.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

	Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>C</b>	<b>Sillas retrete/inodoro</b>	Medicare cubre equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) como sillas retrete que el médico recete para uso en el hogar. Si usted desea obtener más información, vea la sección Equipo Médico Duradero en las páginas 23-24.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)*(2)**	B
	<b>Cirugía Cosmética/estética</b>	Por lo general, la cirugía cosmética no está cubierta a menos que sea necesaria debido a un daño accidental o para mejorar la función de una parte con malformación del cuerpo.	Por lo general, usted paga el 100% por la cirugía cosmética/estética.	
	<b>Cuidado de custodia/compañía (ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, usar el baño, y comer)</b>	Medicare no cubre cuidado de custodia cuando es el único tipo de cuidado que necesita. El cuidado es considerado de custodia o compañía cuando tiene por objetivo ayudarlo a realizar actividades de la vida diaria o sus necesidades personales, y cuando puede ser brindado de manera segura y prudente por personas que no tienen habilidades profesionales o capacitación. Por ejemplo, el cuidado de custodia incluye ayuda para entrar y salir de la cama, bañarse, vestirse, comer, y tomar medicina.  Medicare sí cubre cuidado limitado de enfermería especializada bajo ciertas condiciones. Si desea más información, vea cuidado en un Centro de Enfermería Especializada en las páginas 39-41.	En general, usted paga el 100%	
<b>D</b>	<b>Servicios dentales</b>	Medicare no cubre cuidado dental de rutina o la mayoría de procedimientos dentales tales como limpiezas, curaciones, extracciones o dientes postizos. Medicare no paga implantes dentales u otros aparatos dentales. La Parte A de Medicare pagará ciertos servicios dentales que recibe cuando está en el hospital.  La Parte A de Medicare puede pagar las estadías en el hospital si usted necesita procedimientos de emergencia o procedimientos dentales complicados, incluso si el cuidado dental no está cubierto. Si usted desea obtener más información, llame a su Intermediario Fiscal. Si necesita el número de teléfono, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.	En general, usted paga el 100% por servicios dental	

18 \* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.  
 \*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.





# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<p><b>Suministros y servicios para diabéticos</b> (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios de terapia médica de nutrición:</b> Los servicios de terapia médica de nutrición están cubiertos para las personas con diabetes (o enfermedad del riñón) cuando un médico los refiere. Los servicios están cubiertos por tres años después de un trasplante de riñón. Estos servicios pueden ser brindados por un dietista registrado o un profesional de nutrición aprobado por Medicare e incluyen una evaluación nutricional y consejería para ayudarlo a controlar su diabetes.</li> </ul> <p>Para más información sobre el entrenamiento para el auto-control de la diabetes aprobado por Medicare, cuidado rutinario de los pies, evaluación de glaucoma, o servicios de terapia médica de nutrición, llame a su Agencia de Seguros de Medicare. Si desea obtener más información sobre entrenamiento para el auto-control de la diabetes en un centro para pacientes ambulatorios, llame a su Intermediario Fiscal. Para obtener ese número de teléfono, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p> <p>Para solicitar un folleto gratuito sobre la cobertura de Medicare de servicios y suministros para diabéticos, ver la página 44.</p>	<p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios (1)* (2)**</p>	<p>B</p>
<p><b>Pruebas de diagnóstico, rayos X, y servicios de laboratorio</b></p>	<p>Medicare cubre las pruebas de diagnóstico como tomografías computarizadas (CT, por sus siglas en inglés), pruebas de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), electrocardiogramas (EKG, por sus siglas en inglés) , y rayos x. Medicare también cubre pruebas de diagnóstico clínico y servicios proporcionados por laboratorios certificados que participan en Medicare. Las pruebas de diagnóstico y los servicios de laboratorio se realizan para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una enfermedad o estado de salud. Medicare no cubre la mayoría de evaluaciones de rutina, como las pruebas auditivas.</p> <p>Medicare cubre algunas pruebas y evaluaciones preventivas. Vea servicios preventivos en la página 37. (Las pruebas y evaluaciones preventivas se realizan para ayudar a prevenir una enfermedad o condición, o diagnosticarla en una fase temprana, antes que usted presente síntomas).</p>	<p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las pruebas de diagnóstico cubiertas y rayos x. (1)* (2)**</p> <p>Usted paga una cantidad fija de copago para pruebas de diagnóstico y rayos X como paciente ambulatorio del hospital.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>	<p>B</p> <p>B</p>

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>D</b> <b>Diálisis (riñón)</b>	<p>Medicare cubre ciertos servicios y suministros para el riñón, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de diálisis para paciente interno (si usted ingresa a un hospital para recibir cuidado especial).</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (podría incluir visitas por personal capacitado de diálisis para revisar su diálisis en el hogar, ayuda de emergencia según sea necesario, y revisar su equipo de diálisis y suministros de agua.)</li> <li>• Ciertas medicinas para diálisis en el hogar, incluyendo Heparina, el antídoto para la Heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos, y Eritropoyetina (Epogen®) o Epoetin alfa.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para el paciente ambulatorio (cuando usted recibe tratamiento en cualquier centro de diálisis aprobado por Medicare)</li> <li>• Entrenamiento para auto-diálisis (incluye entrenamiento para usted y otra persona que lo ayuda con su tratamiento de diálisis en el hogar)</li> <li>• Equipos y suministros para el diálisis en el hogar (como alcohol, toallitas, vendas estériles, guantes de goma y tijeras)</li> </ul> <p>Para solicitar un folleto gratuito sobre la cobertura de Medicare de diálisis de riñón, vea la página 44.</p>	<p>Vea Cuidado de Hospital (paciente interno) en las páginas 29-30.</p> <p>Si usted hace un trato con el centro de diálisis, estos medicamentos se podrían incluir en el costo de la diálisis. Si usted hace un trato con un suministrador, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)*(2)**</p> <p>Usted paga el 20% de la tarifa por tratamiento. (1)*</p> <p>Usted paga el 20% de los gastos del entrenamiento. (1)* (2)**</p> <p>Por lo general, usted paga 20% del costo para comprar o alquilar equipos y suministros. Si usted hace un trato con un suministrador de equipos médicos (MSC, por sus siglas en inglés) (no con el centro de diálisis), se aplica el deducible de \$100 (en 2004) y su suministrador debe aceptar la asignación.</p>	<p>A</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>B</p>

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Medicare cubre servicios que son necesarios por razones médicas que usted recibe en el consultorio de su médico, en un hospital, en un centro de enfermería especializada, en su casa o en cualquier otra ubicación. <b>Los exámenes ginecológicos y los exámenes físicos anuales de rutina no están cubiertos.</b> Medicare cubre algunas pruebas preventivas y evaluaciones. Vea la sección Servicios Preventivos en la página 37, y el examen pélvico/citología en la página 34.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. 91)* (2)**	B
<b>Fármacos</b>	Vea la sección Medicamentos Recetados en las páginas 35-36.		
<b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Medicare cubre el equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) que el médico prescribe para uso en su hogar. Solo su médico debería prescribirle equipo médico.</p> <p>Equipo médico duradero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dura por largo período</li> <li>• Se usa por razones médicas</li> <li>• Por lo general, no es útil para una persona que no está enferma o lesionada.</li> <li>• Se utiliza en el hogar.</li> </ul> <p>(continuación)</p>	La cantidad que usted paga varía. Llame a su Agencia de Seguros Regional de Equipo Médico Duradero (DMERC, por sus siglas en inglés) si desea obtener más información. Si necesita el número de teléfono, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Medicare paga los distintos tipos de DME en formas diferentes; cierto equipo debe de alquilarse, otro debe comprarse, y aun otro puede alquilarlo o comprarlo.	B

**D**

**Nota:** Tal vez haya en su área Planes Medicare Advantage que ofrecen beneficios adicionales. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar al respecto.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

	Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>D</b> <b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b> (continuación)	<p>El equipo médico duradero cubierto incluye, pero no se limita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camas de aire</li> <li>• Monitores para la glucosa en la sangre</li> <li>• Bastones (los bastones blancos para ciegos no están cubiertos)</li> <li>• Sillas retretes</li> <li>• Muletas</li> <li>• Equipo y suministros de oxígeno para la casa</li> <li>• Camas de hospital</li> <li>• Bombas de infusión (y ciertos medicamentos utilizados en bombas de infusión de ser considerados razonables y necesarios)</li> <li>• Nebulizadores (y algunos medicamentos utilizados en los nebulizadores, de ser considerados razonables y necesarios)</li> <li>• Elevadores/transportadores de pacientes (para levantar a un paciente de la cama o silla de rueda hidráulicamente)</li> <li>• Bombas de succión.</li> <li>• Equipo de tracción</li> <li>• Andadores</li> <li>• Sillas de ruedas</li> </ul> <p>Asegúrese que el suministrador esté registrado en Medicare y tenga un número de proveedor de Medicare. Los suministradores tienen que cumplir con ciertas normas para calificar y recibir un número de proveedor. Medicare no pagará la reclamación si el suministrador no tiene dicho número, aunque éste sea parte de una cadena grande o sea una tienda por departamentos que vende más que sólo equipos médicos duraderos.</p>	<p>Si un suministrador de DME no acepta la asignación (ver la página 8), no existe límite para lo que se puede cobrar. Tal vez tenga que pagar toda la cuenta (su parte y la de Medicare) en el momento que recibe el DME. <b>Nota:</b> Siempre pregúntele al suministrador si está inscrito en Medicare antes de recibir equipo médico duradero. De ser así, debe aceptar la asignación. Si el suministrador está inscrito en Medicare pero no es “participante”, tiene la opción de aceptar o no aceptar la asignación. Si el suministrador no está inscrito, Medicare no pagará el reclamo.</p>		
<b>E</b> <b>Servicios de sala de emergencia</b>	<p>Una emergencia médica es cuando usted cree que su salud está en grave peligro. Puede tener una lesión seria, una enfermedad repentina o una enfermedad que está empeorando rápidamente.</p> <p>(continuación)</p>			

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>Servicios de sala de emergencia</b> (continuación)	<p>Medicare cubre servicios de sala de emergencia. Los servicios de emergencia no pueden cubrirse en el extranjero, excepto en Canadá y México dependiendo de las circunstancias. Si desea obtener más información, vea la sección Viajes en las páginas 42-43.</p> <p>La atención en sala de emergencia, por lo general, incluye los cargos del centro y los cargos del médico.</p> <p>Nota: Si usted ingresa al hospital dentro de 1-3 días después de su visita a una sala de emergencia por el mismo problema, esta visita se incluye en los cargos por cuidado de hospital como paciente interno, no se cobra por separado.</p>	<p>Usted paga una cantidad fija de copago por cada visita a sala de emergencia; usted no paga esta cantidad si ingresa al hospital por el mismo problema por el que fue admitido a la sala de emergencia de 1-3 días antes. (1)* (2)**</p> <p>Usted paga 20% de los cargos. (1)* (2)**</p>	B
<b>Equipos</b>	Vea Equipo Médico Duradero en las páginas 23-24.	Vea Equipo Médico Duradero.	B
<b>Exámenes de la vista</b>	<p>Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina.</p> <p>Medicare cubre algunas pruebas y evaluaciones preventivas.</p> <p>Ver exámenes de la vista anuales bajo Servicios y suministros para diabéticos en la página 20.</p> <p>Ver evaluación para el glaucoma en la página 26.</p> <p>Ver la degeneración macular en la página 30.</p>	Usted paga 100% de los exámenes de la vista de rutina.	
<b>Anteojos/Lentes de contacto</b>	<p>Por lo general, Medicare no cubre anteojos/gafas o lentes de contacto.</p> <p>Sin embargo, <b>después de una cirugía de cataratas con lente intraocular</b>, Medicare puede ayudar a pagar los lentes para cataratas, lentes de contacto, o lentes intraoculares proporcionados por un optometrista, siempre y cuando éste esté autorizado para brindar dichos servicios en su estado.</p> <p>(continuación)</p>	<p>Usted paga el 100%</p> <p>Después de cada cirugía de cataratas con colocación de lente intraocular, usted paga \$0 por un par de anteojos/gafas o lentes de contacto. (1)* (2)**</p>	B

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

	Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>E</b>	<b>Anteojos/Lentes de contacto</b> (continuación)	<p>Importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solo se cubren marcos estándar.</li> <li>Se cubren los lentes, incluso si lo operaron antes de tener Medicare.</li> <li>El pago se puede hacer por lentes para ambos ojos aunque la cirugía de cataratas se haya hecho solo en un ojo.</li> </ul>	Usted paga cualquier costo adicional por anteojos/gafas de marca.	
<b>F</b>	<b>Vacuna contra la gripe/influenza</b>	Medicare cubre una vacuna contra la gripe/influenza por año, por lo general puesta en otoño o invierno. Todas las personas con Medicare están cubiertas.	Usted paga \$0 por la vacuna contra la gripe/influenza siempre y cuando el médico o proveedor de cuidado de la salud acepte la asignación.	B
	<b>Cuidado de los pies</b>	<p>Por lo general, Medicare no cubre cuidado de los pies de rutina.</p> <p>La parte B de Medicare cubre los servicios de un podólogo (médico del pie) por un tratamiento necesario por razones médicas de lesiones o enfermedades del pie (como juanetes y ascitis plantar/dureza en el talón que produce dolor).</p> <p>Vea Zapatos terapéuticos y examen de los pies en Suministros y Servicios para Diabéticos en las páginas 18-21.</p>	<p>Usted paga el 100%.</p> <p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2)**</p>	B
<b>G</b>	<b>Evaluación de glaucoma</b>	Medicare cubre evaluación de glaucoma una vez cada 12 meses para las personas que corren alto riesgo de padecer de glaucoma. Esto incluye personas que padecen de diabetes, personas con historia familiar de glaucoma, o afro-americanos que tienen 50 años o más. La evaluación debe ser realizada o supervisada por un oculista que cuenta con permiso legal para prestar este servicio en su estado.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2)**	B
<b>H</b>	<b>Educación sobre salud/bienestar</b>	Medicare, por lo general, no cubre la educación sobre salud y bienestar.	Por lo general, usted paga el 100%.	

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>Exámenes del oído/audífonos</b>	<p>Medicare no cubre exámenes del oído de rutina o audífonos.</p> <p>En algunos casos, la Parte B cubre los exámenes de oído de diagnóstico.</p>	<p>Usted paga el 100% de los exámenes del oído de rutina y los audífonos.</p> <p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los exámenes de oído de diagnóstico. (1)* (2)**</p>	<p>B</p>
<b>Cuidado de salud en el hogar</b>	<p>El cuidado de salud en el hogar abarca el cuidado de enfermería especializada y otros servicios de cuidado de la salud que usted recibe en casa para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Medicare cubre cierto cuidado de salud en el hogar, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su médico decida que usted necesita cuidado médico en su hogar, y haga un plan de cuidado en el hogar; y</li> <li>• Usted necesite por lo menos uno de lo siguientes: cuidado de enfermería especializada periódico (y no a tiempo completo), o servicios de terapia física o de patología del lenguaje oral, o una terapia ocupacional ininterrumpida; y</li> <li>• Usted esté confinado a su casa. Esto significa que normalmente usted no puede salir de casa y hacerlo representa un gran esfuerzo. El salir de casa debe ser poco frecuente y por un período corto. Es posible que usted asista a servicios religiosos. Usted puede salir de la casa para recibir tratamiento médico, incluyendo cuidado terapéutico o psicosocial. También puede recibir atención en un programa de cuidado diurno para adultos que cuente con licencia, certificación y acreditación del estado para prestar tales servicios en ese estado; y</li> <li>• La agencia de cuidado de salud en el hogar encargada de usted esté aprobada por el programa Medicare.</li> </ul> <p>Medicare cubre equipo médico duradero (como sillas de rueda, camas de hospital, oxígeno y andadores).</p> <p>(continuación)</p>	<p>Usted paga \$0 por todas las visitas de atención médica en su hogar que están cubiertas.</p> <p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para equipo médico duradero.</p>	<p>A ó B, si solamente tiene B</p> <p>B</p>

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>H</b> <b>Cuidado de salud en el hogar</b> (continuación)	<p>Nota para las mujeres que padecen osteoporosis: Según la cobertura de salud en el hogar de Medicare, Medicare ayuda a pagar una medicina inyectable contra la osteoporosis en mujeres que son elegibles para la Parte B de Medicare y quienes cumplen con criterios para recibir el beneficio de cuidado de salud en el hogar, tienen una fractura de hueso que un médico certifica como relacionada con la osteoporosis post-menopausia. Usted debe ser certificado por un médico como un individuo incapaz de aprender, o que es física o mentalmente incapaz de aplicarse usted mismo la inyección, y que la familia y/o cuidadores no pueden o no desean inyectarle la medicina.</p> <p>Medicare también cubre la visita de una enfermera que acude a su hogar para administrarle la medicina.</p> <p>Para solicitar un folleto gratuito sobre la cobertura de Medicare de cuidado de salud en el hogar, vea la página 44.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo aprobado por Medicare para el fármaco.</p> <p>Usted paga \$0 por la visita de un enfermero al hogar para que le administre la medicina.</p>	<p>A &amp; B si usted está bajo un plan de cuidado de salud en el hogar</p> <p>A ó B</p>
<b>Cuidado de hospicio</b>	<p>El hospicio es una manera especial de cuidar a las personas que padecen una enfermedad terminal, y a sus familias. Este cuidado incluye atención física y consejería. El objetivo del hospicio es cuidar de usted y su familia, no curar su enfermedad.</p> <p>(continuación)</p>	<p>Usted paga \$0 por el cuidado de hospicio.</p> <p>Usted abona un copago de hasta \$5 por los medicamentos recetados al paciente ambulatorio.</p>	<p>A</p> <p>A</p>

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<p><b>Cuidado de hospicio</b> (continuación)</p>	<p>Medicare cubre el cuidado de hospicio siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted sea elegible para la Parte A de Medicare; y</li> <li>• Su médico y el director médico del hospicio certifiquen que usted padece una enfermedad terminal y probablemente tiene menos de seis meses de vida; y</li> <li>• Usted firme una declaración escogiendo el cuidado de hospicio en lugar de los beneficios de rutina cubiertos por Medicare para su enfermedad terminal; y</li> <li>• Usted reciba atención del programa de hospicio aprobado por Medicare.</li> </ul> <p><b>Cuidado de hospicio:</b> Medicare permite que un enfermero licenciado sirva de médico consultor para el paciente que elija el beneficio de hospicio. Los enfermeros licenciados están prohibidos de certificar un diagnóstico de enfermedad terminal.</p> <p><b>Cuidado de relevo:</b> Medicare también cubre cuidado de relevo si usted recibe cuidado de hospicio cubierto. El cuidado de relevo es un cuidado para el paciente interno brindado a un paciente de hospital para que el cuidador de costumbre descanse. Usted puede permanecer en un centro aprobado por Medicare, como un centro de hospicio o un asilo para ancianos, hasta 5 días cada vez que reciba cuidado de relevo. No hay límite para el número de veces que puede recibir cuidado de relevo. La cantidad que paga por cuidado de relevo puede variar cada año.</p> <p>Medicare todavía pagará los servicios cubiertos por cualquier problema de salud que no esté relacionado a su enfermedad terminal.</p> <p>Para solicitar un folleto gratuito sobre la cobertura de Medicare de cuidado de hospicio, vea la página 44.</p>	<p>Medicare no paga la habitación y la alimentación si usted recibe cuidado de hospicio en el hogar, o si reside en un asilo para ancianos o en un centro residencial de hospicio. En ciertos casos, dependiendo del nivel de servicio proporcionado, los costos de la habitación y la alimentación están incluidos en el pago de Medicare (por ejemplo, cuando un paciente de hospicio se interna en el hospital o en un centro de enfermería especializada para recibir cuidado a nivel de paciente interno o de cuidado de relevo).</p> <p>Usted paga el 5% de la cantidad aprobada por Medicare por el cuidado de relevo para el paciente interno. La cantidad que usted paga por el cuidado de relevo podría variar cada año.</p>	<p style="text-align: center;">A</p>
<p><b>Cama de hospital</b></p>	<p>Ver Equipo médico duradero en las páginas 23-24.</p>		

H

**Nota:** Tal vez haya en su área Planes Medicare Advantage que ofrecen beneficios adicionales. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar al respecto.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<p><b>H</b> <b>Cuidado de hospital</b> (Internación)</p> <p>(Para servicios para pacientes ambulatorios, vea las páginas 32-33)</p>	<p>La Parte A de Medicare cubre el cuidado de hospital del paciente interno siempre y cuando todo lo siguiente se aplique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un médico diga que usted necesita cuidado en el hospital como paciente interno para tratar su enfermedad o lesión.</li> <li>• Usted necesite el tipo de cuidado que puede brindarse solamente en el hospital.</li> <li>• El hospital ha acordado participar en el programa Medicare.</li> <li>• El Comité de Revisión de Utilización del hospital no desapruere su estadía mientras usted esté en el hospital.</li> <li>• Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad o un intermediario no desapruere su estadía después que se entrega la cuenta.</li> </ul> <p>(continuación)</p>	<p>Usted paga por cada período de beneficio en el 2004:</p> <p>De 1 a 60 días: un deducible total de \$876 De 61 a 90 días: \$219 por cada día De 91 a 150 días: \$438 por cada día Después de 150 días: todos los costos</p> <p>Un período de beneficio comienza el día que usted acude al hospital (o bajo ciertas circunstancias, a un centro de enfermería especializada). El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido cuidado de hospital o cuidado de enfermería especializada durante 60 días seguidos. Si usted acude al hospital después que termina un período de beneficio, un nuevo período de beneficio comienza. No existe un límite para el número de períodos de beneficio que pueda tener.</p> <p>Los días de reserva de por vida le otorgan 60 días adicionales de cobertura como paciente interno cuando usted permanece en un hospital por más de 90 días. Estos 60 días de reserva pueden usarse sólo una vez en su vida.</p>	<p>A</p>

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B	
<b>Cuidado de hospital</b> (Internación) (continuación)	Los servicios de hospital cubiertos por Medicare incluyen: una habitación semi-privada, comidas, enfermería general, y otros servicios y suministros de hospital. Esto incluye cuidado que usted recibe en hospitales de acceso crítico, y el cuidado de salud mental como paciente interno. Esto no incluye la enfermera privada o un televisor o teléfono en su habitación. Tampoco incluye una habitación privada, a menos que sea necesario por razones médicas.	Usted paga por servicios de enfermería privados a diario y por la televisión en la habitación. Usted paga por una habitación privada, a menos que sea necesaria por razones médicas.		<b>H</b>
<b>Servicios de laboratorio</b>	Medicare cubre servicios de laboratorio de diagnóstico necesarios que son ordenados por su médico cuando éstos son proporcionados por un laboratorio certificado por las Modificaciones para el Mejoramiento de Laboratorios Clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés) el cual participa en Medicare. Si desea obtener más información, vea la sección Pruebas de Diagnóstico en la página 21.	Usted paga \$0 por los servicios aprobados por Medicare.	B	<b>L</b>
<b>Degeneración macular</b>	Medicare cubre un tratamiento para ciertos pacientes que padecen una degeneración macular relacionada con la edad. Este tratamiento recibe el nombre de terapia ocular foto dinámica con verteporfin.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de la vista. (1)* (2)**	B	<b>M</b>
<b>Mamografía</b>	Medicare cubre un examen de mamografía una vez cada 12 meses para todas las mujeres con Medicare de por lo menos 40 años de edad. También podrá hacerse una mamografía básica entre los 35 y 39 años de edad.  Medicare cubre las tecnología digitales para las evaluaciones de mamografía.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare sin deducible de la Parte B. (2)**  Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare sin deducible de la Parte B. (2)**  Usted abona una cantidad fija de copago como paciente ambulatorio.	B	

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un deducible anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la asignación.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>M</b> <b>Cuidado de salud mental</b>	<p>Medicare cubre el cuidado de salud mental prestado por un médico o profesional del cuidado de la salud a quien Medicare puede pagar. Pregunte a su médico, psicólogo, trabajador social, u otro profesional de la salud si aceptan el pago de Medicare antes de recibir el tratamiento.</p> <p><b>Cuidado de salud mental para paciente interno:</b> Medicare cubre los servicios de cuidado de salud mental para paciente interno . Estos servicios pueden brindarse en un hospital general, o en un hospital de especialidad psiquiátrica que sólo cuida a personas con problemas de salud mental. Medicare ayuda a pagar los servicios de salud mental de la misma manera que lo hace para cualquier otro cuidado de hospital de paciente interno.</p> <p><b>Nota:</b> Si usted está en un hospital de especialidad psiquiátrica, Medicare ayuda a pagar hasta un total de 190 días de cuidado (límite de por vida).</p> <p><b>Cuidado de salud mental como paciente ambulatorio:</b> Medicare cubre los servicios de salud mental brindados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista de enfermería clínico o un ayudante de médico en un consultorio, clínica, o departamento ambulatorio del hospital.</p> <p><b>Hospitalización parcial:</b> La hospitalización parcial para el cuidado de salud mental es un programa estructurado de tratamiento activo que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta. Para que Medicare cubra un programa de hospitalización parcial un médico debe decir que usted necesitaría, de lo contrario, un tratamiento como paciente interno.</p> <p>Para solicitar un folleto gratuito sobre la cobertura de Medicare de cuidado de salud, vea la página 44.</p> <p>(continuación)</p>	<p>Usted paga el mismo deducible y copagos que se aplican al cuidado de hospital para el paciente interno. Vea la página 29 para obtener las cantidades de deducible y copagos.</p> <p>Por lo general, usted paga el 50% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)*(2)**                      Por separado, usted paga una cantidad fija como copago por el servicio del centro. (1)* (2)**</p> <p>Usted paga una cantidad fija como copago por cada día de servicio. (1)* (2)**</p>	<p>A</p> <p>B</p> <p>B</p>

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B	
<b>Cuidado de salud mental</b> (continuación)	Medicare cubre los servicios de profesionales certificados tales como psicólogos clínicos, trabajadores sociales clínicos, enfermeras, especialistas de enfermería clínica, ayudante de médico, anesthesiólogo certificado y registrado, patólogo del lenguaje oral, y parteras certificadas, tal como es permitido por la ley estatal y local para servicios necesarios por razones médicas.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para ciertos servicios, por ejemplo, para la administración de los medicamentos o para las pruebas de diagnóstico. (1)* (2)**  Usted paga el 50% de la cantidad aprobada por Medicare para servicios de terapia de salud mental.	B	<b>M</b>
<b>Cuidado en un asilo para ancianos</b>	La mayor parte del cuidado en el asilo para ancianos se considera cuidado de custodia. Por lo general, Medicare no cubre el cuidado de custodia. La Parte A de Medicare solamente cubre el cuidado especializado brindado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) certificado. Usted debe cumplir con ciertas condiciones y la cobertura es limitada. Vea la sección Cuidado de Enfermería Especializada en las páginas 39-40.	Usted paga el 100%.		<b>N</b>
<b>Servicios de terapia de nutrición (médica)</b>	Medicare cubre los servicios de terapia médica de nutrición para las personas que padecen diabetes, enfermedad del riñón (pero que no requieren diálisis), y después de un trasplante de riñón cuando sea referido por un médico. Estos servicios pueden ser brindados por un dietista registrado o un profesional de nutrición aprobado por Medicare e incluyen la evaluación y consejería nutricional. Vea la sección Servicios o suministros para diabéticos en las páginas 18-21.	Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2)**	B	
<b>Terapia ocupacional</b>	Vea la sección Terapia física, ocupacional y del habla en la página 34.			<b>O</b>

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>O</b> <b>Suministros de ostomía</b>	<p>Medicare cubre suministros de ostomía para las personas que han tenido una colostomía, ileostomía, o una ostomía urinaria. Medicare cubre la cantidad de suministros que su médico dice que usted necesita según su estado de salud.</p> <p>Llame a su Agencia Regional de Equipo Médico Duradero (DMERC, por sus siglas en inglés) para más información. Para obtener el teléfono de la agencia, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p>	<p>Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios y suministros del médico. (1) (2)**</p>	<p>B</p>
<b>Servicios de hospital para el paciente ambulatorio</b>	<p>La Parte B de Medicare cubre servicios que son necesarios por razones médicas que usted recibe como paciente ambulatorio de un hospital que participa en Medicare para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios de hospital cubiertos para el paciente ambulatorio incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en una sala de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios; incluyendo la cirugía el mismo día del ingreso;</li> <li>• Pruebas de laboratorio facturadas por el hospital;</li> <li>• Cuidado de salud mental en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que de no recibir este cuidado, sería necesario un tratamiento como paciente interno;</li> <li>• Rayos X y otros servicios de radiología facturados por los hospitales;</li> <li>• Suministros médicos como tablillas y yesos; y</li> <li>• Medicinas y productos biológicos que usted mismo no puede administrarse.</li> </ul>	<p>Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el honorario del médico. (1)* (2)**</p> <p>Para otros gastos aparte de los servicios del médico, usted paga una cantidad fija de copago con base a cada servicio recibido.</p> <p>Vea la página 44 para pedir un folleto gratis sobre el pago de Medicare de servicios para el paciente ambulatorio.</p>	<p>B</p> <p>B</p>

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<p><b>Terapia de oxígeno</b></p>	<p>Medicare cubre el alquiler de equipo de oxígeno, o si usted posee su propio equipo, Medicare pagará el contenido del oxígeno y los suministros para el suministro de oxígeno siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su médico indique que usted padece una severa enfermedad pulmonar o no recibe suficiente oxígeno y su estado de salud podría mejorar gracias a la terapia de oxígeno.</li> <li>• El nivel de gas en la sangre arterial descienda dentro de cierto margen.</li> <li>• Se hayan tratado otras alternativas que hayan fracasado, o que no fueron útiles para usted.</li> </ul> <p>Bajo las condiciones arriba mencionadas, Medicare ayuda a pagar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas para suministrar oxígeno</li> <li>• Contenedores que almacenan oxígeno</li> <li>• Tubos y suministros relacionados para el suministro de oxígeno</li> <li>• Contenido del oxígeno</li> </ul> <p>El oxígeno portátil no sería cubierto si se suministra solo cuando el paciente duerme.</p> <p>El oxígeno portátil no está cubierto cuando sea suministrado como un refuerzo para el sistema de oxígeno fijo.</p> <p>Si desea obtener más información, llame a la Agencia Regional de Equipo Médico Duradero (DMERC, por sus siglas en inglés) que le corresponda. Para obtener el número de teléfono de la agencia, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p>	<p>Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)*(2)**</p>	<p>B</p>

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

	Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
P	<b>Citología Papanicolau/ examen pélvico</b>	Medicare cubre la citología Papanicolau y los exámenes pélvicos (y un examen clínico del seno) para todas las mujeres una vez cada 24 meses. Si corre alto riesgo de padecer cáncer cervical o vaginal, o si está en edad fértil y tiene un resultado anormal en la citología Papanicolau, Medicare cubre esta prueba y el examen una vez cada 12 meses. Si a usted le hacen la prueba de Papanicolau, el examen pélvico y el examen clínico del seno durante la misma consulta de su examen físico, usted debe pagar por el examen físico. Medicare no cubre los exámenes físicos de rutina. Vea la página 44 para pedir un folleto gratis sobre la cobertura de Medicare para mujeres.	Usted paga \$0 por la citología Papanicolau de laboratorio. (2)** Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare (o un copago) por la parte del examen donde el médico o proveedor de cuidado de salud colecciona el espécimen, y por el examen pélvico. (2)** Si el examen pélvico se realiza en un departamento de hospital para pacientes ambulatorios, usted paga una cantidad fija del copago.	B
	<b>Exámenes físicos (de rutina)</b>	Medicare no cubre los exámenes físicos de rutina.  Si su cobertura de Medicare Parte B comienza a partir del 1 de enero de 2005, Medicare cubrirá un examen físico de carácter preventivo una sola vez dentro de los primeros seis meses de dicha cobertura.	Usted paga el 100% por los exámenes físicos de rutina.  Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2)**	
	<b>Terapia física, ocupacional y del habla.</b>	Medicare ayuda a pagar la terapia física y ocupacional así como los servicios de patología del habla cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su médico o terapeuta establezca el plan del tratamiento, y</li> <li>• Su médico revise de manera periódica el plan para determinar cuánto tiempo usted recibirá la terapia.</li> </ul> (continuación)	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2)**	B

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un deducible anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la asignación.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>Terapia física, ocupacional y del habla.</b> (continuación)	Podrá recibir estos servicios como paciente ambulatorio en un hospital o centro de enfermería especializada que participa en Medicare, o en una agencia de salud en el hogar, en una agencia de rehabilitación, o en una agencia de salud pública que participa en Medicare. Además, podrá recibir servicios de un terapeuta físico u ocupacional privado, aprobado por Medicare, en su consultorio o en su hogar. (Es posible que Medicare no pague los servicios brindados por patólogos terapeutas del habla que tienen prácticas privadas.) No hay límite en la cantidad de terapia física necesaria por razones médicas, terapia ocupacional, o servicios de patología del habla que usted puede recibir. Usted podrá recibir dichos servicios de cualquier proveedor aprobado por Medicare para el paciente ambulatorio.		
<b>Medicamentos recetados</b> (paciente ambulatorio) Cobertura muy limitada	Medicare <b>no</b> cubre la mayoría de los medicamentos recetados. Medicare cubre un número limitado de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Su farmacia o su médico deben aceptar la asignación para los medicamentos recetados cubiertos por Medicare. Las tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare estarán disponibles después de mayo del 2004. Los siguientes medicamentos recetados para paciente ambulatorios están cubiertos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ciertos antígenos:</b> Medicare ayudará a pagar los antígenos si éstos son preparados por un médico y administrados por una persona apropiadamente entrenada (que podría ser el mismo paciente) bajo la supervisión del médico.</li> <li>• <b>Medicina contra la osteoporosis:</b> Medicare ayuda pagar una medicina inyectable contra la osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare. Vea la sección Cuidado de Salud en el Hogar en la página 27.</li> <li>• <b>Eritropoyetina (Epogen® o Epoetin alfa):</b> Medicare pagará las inyecciones de Eritropoyetina si usted padece de una enfermedad renal en etapa final (fallo permanente del riñón) y necesita esta medicina para tratar la anemia.</li> </ul> (continuación)	Usted paga el 100% de la mayoría de los medicamentos recetados.  Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los medicamentos recetados cubiertos. (1)* La cobertura es muy limitada.	B

P

**Nota:** Tal vez haya en su área Planes Medicare Advantage que ofrecen beneficios adicionales. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar al respecto.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

	Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>P</b>	<p><b>Medicamentos recetados</b> (paciente ambulatorio) Cobertura muy limitada (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factores de coagulación (hemofilia):</b> si usted padece hemofilia, Medicare ayudará a pagar los factores de coagulación que usted se inyecte.</li> <li>• <b>Medicinas inyectables:</b> Medicare cubre la mayoría de medicinas inyectables administradas por un profesional médico licenciado.</li> <li>• <b>Medicamentos inmunosupresores:</b> Medicare cubre la terapia de medicina inmunosupresora para los pacientes que han recibido un trasplante en un centro certificado por Medicare, siempre y cuando el trasplante haya sido pagado por Medicare, o por un seguro privado como pagador primario de la cobertura de la Parte A de Medicare.</li> <li>• <b>Medicina oral para el cáncer:</b> Medicare ayudará a pagar ciertas medicinas orales contra el cáncer si la misma medicina está disponible en forma inyectable.</li> </ul> <p>Actualmente, Medicare cubre las siguientes medicinas orales contra el cáncer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capecitabine (Nombre de marca Xeloda®)</li> <li>• Ciclofosfamida (Nombre de marca Cytosan®)</li> <li>• Methotrexate</li> <li>• Temozolomida (Nombre de marca Temodar®)</li> <li>• Busulfán (Nombre de marca Myleran®)</li> <li>• Estoposita (Nombre de marca VePesid®)</li> <li>• Melfalán (Nombre de marca Alkeran®)</li> </ul> <p>Cuando nuevas medicinas contra el cáncer y nombres de marca estén disponibles, es posible que medicinas orales contra el cáncer se añadan a la lista de medicinas cubiertas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicinas orales contra la náusea:</b> Medicare ayudará a pagar medicinas orales contra la náusea siempre y cuando usted reciba medicinas orales contra el cáncer cubiertas por Medicare.</li> </ul> <p>Medicare también cubre ciertas medicinas que se usan en bombas de infusión y nebulizadores siempre y cuando se consideren necesarias y razonables.</p> <p>(continuación)</p>		B

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<p><b>Medicamentos recetados</b> (paciente ambulatorio) Cobertura muy limitada (continuación)</p>	<p>Usted debería verificar la información de cobertura específica sobre medicinas recetadas con la Agencia Regional de Equipo Médico Duradero (DMERC, por sus siglas en inglés) que le corresponda. Para obtener el número de teléfono de la agencia, llame al GRATIS 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p> <p><b>Nota:</b> “Recetas Médicas y Otros Programas de Ayuda” en <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> por Internet tienen información sobre programas que ofrecen descuentos o medicamentos gratuitos a las personas necesitadas, incluyendo programas de ayuda estatal con los medicamentos recetados, programas auspiciados por compañías farmacéuticas, y programas para enfermedades específicas. “Recetas Médicas y Otros Programas de Ayuda” también tienen información sobre los beneficios de recetas médicas que ofrecen los Planes de Salud Administrados Medicare y las pólizas Medigap.</p>		
<p><b>Servicios preventivos cubiertos por Medicare</b></p>	<p>Ver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de masa ósea en la página 15.</li> <li>• Evaluación del cáncer colorectal en la página 17.</li> <li>• Servicios y suministros para diabéticos en las páginas 18-21.</li> <li>• Vacuna contra la gripe/influenza en la página 26.</li> <li>• Evaluación de glaucoma en la página 26.</li> <li>• Evaluación de mamografía en la página 30.</li> <li>• Terapia médica de nutrición en la página 32.</li> <li>• Citología Papanicolau y examen pélvico en la página 34.</li> <li>• Evaluación de cáncer de próstata (ver a continuación)</li> <li>• Vacunas (vacunas en la página 38-39) incluyendo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vacunas contra la gripe/influenza</li> <li>– Vacunas contra la pulmonía</li> <li>– Vacunas contra la hepatitis B.</li> </ul> </li> </ul>		B

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>P</b> <b>Evaluación para el cáncer de la próstata.</b>	<p>Medicare cubre evaluaciones de tamizaje ("screening") para todos los varones con Medicare que tengan 50 años o más de edad (la cobertura comienza el día siguiente del cumpleaños 50) una vez cada 12 meses. Los exámenes cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen digital rectal</li> <li>• Examen de antígeno específico de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)</li> </ul>	<p>Por lo general, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el examen digital rectal. (1)* (2) **</p> <p>Usted paga \$0 por el examen PSA y el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para otros servicios relacionados. (1)* (2) **</p>	<p>B</p> <p>B</p>
<b>Prótesis</b>	<p>Medicare cubre las prótesis que se necesitan para reemplazar una parte o función del cuerpo. Esto incluye los lentes correctivos aprobados por Medicare necesarios después de una operación a las cataratas (ver la sección Antojos/gafas/lentes de contacto en la página 25), bolsas de ostomía, y ciertos suministros relacionados (ver la sección Suministros de ostomía en la página 32), y prótesis de seno (incluyendo un sostén quirúrgico) después de una mastectomía (ver la sección Prótesis del seno en la página 16).</p> <p>Medicare también cubre miembros y ojos artificiales, abrazaderas para el brazo, pierna, espalda y cuello. Medicare no paga por zapatos ortopédicos a menos que sean una parte necesaria de la abrazadera de la pierna y el costo está incluido en el costo de la abrazadera. Medicare no paga por planchas dentales u otros servicios dentales.</p> <p>Para más información sobre el equipo médico duradero, llame a la Agencia Regional de Equipo Médico Duradero (DMERC, por sus siglas en inglés) que le corresponda. Para obtener el número de teléfono de la agencia, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p>	<p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) **</p>	<p>B</p>

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>Terapia de radiación</b>	<p>La terapia de radiación está cubierta para los pacientes internos o ambulatorios de un hospital, y para pacientes de clínicas independientes.</p> <p>En el hospital, la Parte A cubre la terapia de radiación.</p> <p>En un centro independiente, la Parte B cubre la terapia de radiación.</p>	<p>Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2)**</p> <p>Usted paga una cantidad fija de copago para la terapia de radiación en el hospital como paciente ambulatorio o en un centro independiente.</p>	<p>A ó B</p> <p>A</p> <p>B</p>
<b>Cuidado de relevo</b>	<p>Medicare cubre el cuidado de relevo para pacientes de hospicio. Si desea obtener más información, vea la sección Cuidado de hospicio en la página 28.</p>		
<b>Segunda opinión médica/quirúrgica</b>	<p>Medicare cubre una segunda opinión médica antes de la cirugía. Una segunda opinión es cuando otro médico da su punto de vista sobre su problema de salud y tratamiento. Medicare también ayudará a pagar una tercera opinión médica si la primera y la segunda opinión difieren.</p>	<p>Usted paga 20% de la cantidad <b>aprobada por Medicare</b>. (1)* (2)**. Usted no paga nada por una segunda opinión médica de procedimientos del centro de cirugía ambulatoria que se realiza en el departamento para el paciente ambulatorio de un hospital.</p>	<p>B</p>
<b>Vacunas</b>	<p>Medicare cubre a todas las personas con Medicare por:</p> <p>(continuación)</p>		

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>S</b> <b>Vacunas</b> (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la gripe/influenza: Una vez al año en otoño o invierno. La gripe/influenza es una enfermedad seria que puede desencadenarse en pulmonía/neumonía. Podría ser peligrosa para las personas de por lo menos 50 años de edad. Usted necesita una vacuna contra la gripe/influenza cada año porque los virus de la gripe/influenza siempre cambian. La vacuna se actualiza todos los años para los virus de la gripe/influenza más recientes. Además, la vacuna contra la gripe/influenza ayuda a protegerlo de esta enfermedad alrededor de un año. Aún existe la posibilidad de que contraiga la gripe, pero los síntomas serán menos severos.</li> <li>• Vacuna contra la pulmonía - Una vacuna tal vez sea todo lo que usted necesite. Pregúntesele a su médico.</li> <li>• Vacuna contra la Hepatitis B -Ciertas personas con Medicare con mediano o alto riesgo de padecer Hepatitis B.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por las vacunas contra la neumonía/pulmonía y gripe/influenza siempre y cuando el médico o el proveedor de cuidado de la salud acepten la asignación.</p> <p>Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la vacuna contra la Hepatitis B administrada en un consultorio médico. (1)* (2) **.</p> <p>Usted paga una cantidad fija (copago) por la vacuna contra la Hepatitis B administrada en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.</p>	<p>B</p> <p>B</p>
<b>Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Medicare cubre el cuidado especializado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) bajo ciertas condiciones por un tiempo limitado. El cuidado especializado es un cuidado de salud que se brinda cuando usted necesita que un personal de enfermería especializada o de rehabilitación controle, observe, y evalúe su cuidado de salud. El cuidado especializado incluye el reemplazo de vendas estériles y terapia física. Dicho cuidado se presta en un SNF certificado por Medicare. El cuidado que puede ser brindado por un personal no profesional no es considerado cuidado especializado. Medicare cubre ciertos servicios de cuidado especializado que son necesarios a diario en un período de corto plazo (hasta 100 días).</p> <p>(continuación)</p>	<p>Usted paga por cada período de beneficio en el 2004 después de por lo menos una estadía relacionada de hospital cubierta de 3 días:</p> <p>De 1 a 20 días: \$0 por cada día</p> <p>De 21 a 100 días: \$109.50 por cada día.</p> <p>De 101 a más: Usted paga el 100%</p> <p>Hay un límite de 100 días de la cobertura en un SNF de la Parte A de Medicare para cada período de beneficio.</p>	<p>A</p>

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<p><b>Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b> (continuación)</p>	<p>Medicare cubrirá el cuidado especializado solamente si se cumplen todas estas condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usted tiene la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) y tiene días restantes que puede usar en su período de beneficio.</li> <li>2. Usted tiene una estadía en el hospital que califica. Esto significa una estadía en el hospital como paciente interno de 3 días consecutivos o más, sin incluir el día en que sale del hospital. Usted debe ingresar a un SNF dentro de un período corto (por lo general 30 días) de haber salido del hospital. Después que sale del SNF, si usted vuelve a ingresar al mismo o a otro SNF dentro de 30 días, no necesita otra estadía de hospital de 3 días para recibir beneficios de SNF adicionales. Esto también es válido si deja de recibir cuidado especializado mientras está en un SNF y luego empieza a recibir cuidado especializado dentro de 30 días.</li> <li>3. Su médico ha decidido que usted necesita cuidado especializado a diario, el cual debe ser brindado por, o estar bajo la supervisión directa de, personal de rehabilitación o enfermería especializada. Si usted está en el SNF solamente por los servicios de rehabilitación especializados, su cuidado es considerado cuidado a diario incluso si estos servicios de terapia se ofrecen solo 5 ó 6 días a la semana.</li> </ol> <p>(continuación)</p>	<p>El período de beneficio comienza el día que usted acude a un hospital (o bajo ciertas circunstancias, a un centro de enfermería especializada). El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido ningún cuidado de hospital (o cuidado especializado en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted acude al hospital después que termina un período de beneficio, empieza un nuevo período de beneficio. No existen límites para el número de períodos de beneficios que usted pueda tener.</p> <p>Mientras usted permanezca en la parte del centro certificada por Medicare, los servicios de terapia (terapia física, ocupacional y de patología del habla/lenguaje) que use deben ser facturados por el centro. Ningún otro servicio de terapia se podrá facturar por otra institución, como un hospital para pacientes ambulatorios. Si usted egresa de la parte certificada del centro, los servicios de terapia en la parte no certificada están limitados a una cantidad de dólares específica, a no ser que usted obtenga los servicios de un hospital para pacientes ambulatorios.</p>	<p><b>S</b></p>

**Nota:** Tal vez haya en su área Planes Medicare Advantage que ofrecen beneficios adicionales. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar al respecto.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

	Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>S</b>	<b>Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b> (continuación)	<p>4. Usted recibe estos servicios especializados en un SNF que haya sido certificado por Medicare.</p> <p>5. Usted necesita estos servicios especializados debido de una condición médica que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trató durante una estadía de hospital de 3 días, o</li> <li>• Empezó mientras usted recibía cuidado en un SNF cubierto por Medicare.</li> </ul> <p>Por ejemplo, usted está en el centro porque sufrió un ataque de apoplejía (“stroke”), y después contrae una infección que requiere antibióticos por suero.</p> <p>Para solicitar un folleto gratuito sobre la cobertura de Medicare de cuidado de enfermería especializada en centros, vea la página 44.</p>		
	<b>Terapia del habla</b>	Ver la sección Terapia física, ocupacional y del habla de la página 34.		
	<b>Tratamiento de abuso de sustancias</b> (para el paciente ambulatorio)	Medicare cubre el tratamiento por el abuso de sustancias en un centro de tratamiento para pacientes ambulatorios siempre y cuando el paciente haya aceptado participar en el programa Medicare. Vea la sección Cuidado de salud mental (para el paciente ambulatorio) en la página 30.	Vea la sección Cuidado de salud mental (para el paciente ambulatorio) en la página 30.	B
	<b>Suministros</b>	<p>Por lo general, Medicare no cubre suministros médicos comunes como vendajes y gasas.</p> <p>Medicare cubre algunos suministros para diabéticos y para el diálisis. Vea las secciones de Suministros y servicios para diabéticos en las páginas 18-21 y Diálisis (riñón) en las páginas 21-22.</p> <p>(continuación)</p>	Usted paga el 100% por la mayoría de suministros médicos comunes.	B

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo qué USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>Suministros</b> (continuación)	<p>Para artículos tales como andadores, oxígeno y sillas de ruedas, vea la sección Equipo médico duradero en las páginas 23-24.</p> <p>Los suministros proporcionados como parte del servicio del médico son cubiertos por Medicare y el pago se incluye con los honorarios del médico. Los médicos no facturan por suministros.</p>		B
<b>Zapatos terapéuticos</b>	Vea la sección Servicios y suministros para diabéticos (Zapatos terapéuticos) en la página 19.		B
<b>Trasplantes (servicios del médico)</b>	Medicare cubre los servicios del médico para los trasplantes mencionados anteriormente.	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico. (1)* (2) **	B
<b>Trasplantes (cargos del centro)</b>	<p>Medicare cubre trasplantes del corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino/vísceras múltiples, médula ósea, córnea, e hígado bajo ciertas condiciones y, para cierto tipo de trasplante, solamente en los centros aprobados por Medicare. Medicare solamente aprueba los centros para los trasplantes del riñón, corazón, hígado, pulmón, intestino y vísceras múltiples. Los trasplantes de la médula ósea, páncreas y cornea no están limitados a los centros aprobados. La cobertura del trasplante incluye las pruebas, exámenes y pruebas de laboratorios necesarios antes de la cirugía para usted y el donante del órgano, el cuidado de seguimiento para usted y para el donante con vida, y la obtención de órganos y tejidos.</p> <p>Para obtener un folleto gratuito sobre la cobertura de Medicare de trasplantes de riñón, vea la página 44.</p>	<p>La cantidad varía. Llame a la Agencia de Seguros de Medicare para solicitar información sobre los trasplantes de córnea y médula ósea. Llame al Intermediario Fiscal si necesita información sobre otros trasplantes. Para obtener el número de teléfono de la agencia, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p> <p>Si desea obtener información sobre trasplantes para pacientes internos, vea la sección Cuidado de hospital (para el paciente interno) en las páginas 29-30.</p>	<p>A para los trasplantes como paciente interno</p> <p>B para los trasplantes de córnea y médula ósea</p>
<b>Transporte (rutinario)</b>	Por lo general, Medicare no cubre el transporte cuando usted se dirige a una consulta de rutina. Si desea obtener más información, vea la sección Servicios de ambulancia en la página 14.	Usted paga el 100% por el transporte para recibir cuidado salud de rutina.	

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

	Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<p><b>T</b></p> <p><b>Viajes fuera de los Estados Unidos</b> (Cobertura de cuidado de salud durante el viaje)</p>	<p>Por lo general, el Plan Original de Medicare no pagará por atención médica que usted reciba fuera de los Estados Unidos. Puerto Rico, Las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana, y las Islas Marianas del Norte son consideradas parte de los Estados Unidos. Puede haber algunas excepciones.</p> <p>En casos excepcionales, Medicare podría pagar los servicios de hospital como paciente interno que usted reciba en Canadá o México. Medicare solamente podrá pagar si:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usted se encuentra en los Estados Unidos cuando ocurre una emergencia médica y un hospital canadiense o mejicano está más cerca que el hospital de los EE.UU. más cercano que pueda tratar la emergencia.</li> <li>2. Usted esté viajando por Canadá sin una demora no razonable a través de la ruta más directa entre Alaska y otro estado cuando ocurre una emergencia médica y el hospital canadiense está más cerca que el hospital más cercano de los EE.UU. que pueda tratar la emergencia.</li> <li>3. Usted vive en los Estados Unidos y el hospital canadiense o mejicano está más cerca a su casa que el hospital de los EE.UU. más cercano que pueda tratar su condición médica, independientemente de si existe o no una emergencia.</li> </ol> <p>Medicare también paga por los servicios de ambulancia prestados en Canadá o México como parte de una estadía de hospital cubierta para paciente interno.</p> <p>Para solicitar un folleto gratuito sobre la cobertura de Medicare fuera de los Estados Unidos, vea la página 44.</p>	<p>Usted paga el 100% de los cargos. Los servicios y suministros para el cuidado de la salud NO están cubiertos fuera de los Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas.</p> <p>Usted paga la parte del cargo que normalmente pagaría por los servicios cubiertos.</p>	<p>A para los servicios como paciente interno.</p> <p>B para los servicios como paciente ambulatorio.</p>	

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# EL PLAN ORIGINAL DE MEDICARE

Servicio o suministro	¿Qué está cubierto y cuándo aplica?	¿Lo que USTED paga en el 2004?	Parte A o B
<b>Andadores/sillas de rueda</b>	<p>Medicare cubre las andaderas y las sillas de ruedas como equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) que su médico recete para uso en el hogar. Si desea obtener más información, vea la sección Equipo médico duradero en las páginas 23-24.</p> <p><b>Sillas de ruedas eléctricas:</b> El médico debe examinarlo en persona y recetarle por escrito la silla de rueda eléctrica antes de que el Medicare ayude a pagar por la misma. Para más información vea "Equipo Médico Duradero" en las páginas 23-24.</p>	Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) **	B
<b>Rayos X</b>	Medicare cubre los rayos x de diagnóstico médicamente necesarios que su médico recete. Si desea obtener más información, vea la sección Pruebas de diagnóstico en la página 21.	<p>Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. (1)* (2) **</p> <p>Usted paga una cantidad fija de copago por los rayos X como paciente ambulatorio de un hospital.</p>	B  B

\* (1) En el 2004, usted debe pagar un **deducible** anual de \$100 para los servicios y suministros de la Parte B antes que Medicare empiece a pagar su parte.

\*\* (2) Las cantidades reales que debe pagar podrían ser mayores si los médicos, proveedores de atención médica o suministradores no aceptan la **asignación**.

# PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

## Publicaciones gratuitas sobre Medicare y temas relacionados:

CMS Pub. No.

Las decisiones sobre los servicios de salud son importantes. Medicare trata de brindarle la información que usted necesita para tomar buenas decisiones sobre el cuidado de su salud. Usted puede leer o pedir publicaciones gratuitas de Medicare para averiguar más sobre temas que le interesan.

### Para pedir estos folletos:

1. Busque por el Internet en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccione "Publicaciones". Puede leer, imprimir o pedir estos folletos. Ésta es la forma más rápida de conseguir su propia copia.
2. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y siga las instrucciones para obtener la publicación. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted recibirá su copia dentro de tres semanas.
3. Ponga su nombre en la lista de correo de Internet para recibir un mensaje por correo electrónico cada vez que haya un nuevo manual disponible. Para inscribirse, vaya a [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccione a "Suscripción a la lista de correo" en la parte superior de la página.

**Nota:** es posible que algunos folletos no estén impresos, pero todos estarán disponibles en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet.

<i>¿Acepta su Médico o Proveedor la Asignación?</i> [Does Your Doctor or Supplier Accept Assignment]	10134
<i>Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare: Selección de una póliza Medigap</i> [Guide to Health Insurance for People with Medicare: Choosing a Medigap Policy]	02110
<i>Medicare y las Pruebas Clínicas</i> [Medicare and Clinical Trials]	02226
<i>Medicare y Usted</i> (Medicare and YOU)	10050
<i>Cobertura de Medicare de Suministros y Servicios para Diabéticos</i> [Medicare Coverage of Diabetes Supplies and Services]	11022
<i>Cobertura de Medicare de Servicios de Diálisis y Trasplante de Riñón</i> [Medicare Coverage of Kidney Dialysis and Kidney Transplant Services]	10128
<i>Cobertura de Medicare de Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada</i> [Medicare Coverage of Skilled Nursing Facility Care]	10153
<i>Cobertura de Medicare fuera de los Estados Unidos</i> [Medicare Coverage Outside the United States]	10137
<i>Medicare y el Cuidado de Salud en el Hogar</i> [Medicare Home Health Care]	10969
<i>Beneficios de Hospicio de Medicare</i> [Medicare Hospice Benefits]	02154
<i>Servicios Preventivos de Medicare</i> [Medicare Preventive Services]	10110

## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

<i>Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero</i> [Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First]	02179
<i>Medicare y su Cuidado de Salud Mental</i> [Medicare and Your Mental Health Care]	10184
<i>Mujeres con Medicare: Visite a su médico para hacerse la Citología Papanicolau, el Examen Pélvico y el Examen Clínico de los Senos</i> [Women with Medicare: Visiting Your Doctor for a Pap Test, Pelvic Exam, and Clinical Breast Exam]	02248
<i>Su Guía para el Sistema de Pagos del Paciente Ambulatorio</i> [Your Guide to the Outpatient Prospective Payment System]	02118
<i>Sus Derechos y Protecciones de Medicare</i> [Your Medicare Rights and Protections.]	10112

# PALABRAS QUE DEBE CONOCER

**Asignación** – En el Plan Original de Medicare significa que un médico u otro proveedor de la salud, y el suministrador de equipo y suministros para el cuidado de la salud están de acuerdo en aceptar el honorario de Medicare como pago total. Si usted está en el Plan Original de Medicare, puede ahorrar dinero si su médico, proveedor, y suministrador acepta la asignación. Usted siempre debe pagar la parte que le corresponde del costo de la visita del médico. Vea la página 8 si desea obtener más información sobre la asignación.

**Período de beneficios** – La forma en que Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día que usted va a un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital (o de enfermería especializada) por 60 días seguidos. Si usted entra en el hospital después de que se haya terminado un período de beneficios, empieza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible por paciente interno de hospital para cada período de beneficios. No hay límite sobre el número de períodos de beneficios que usted puede tener.

**Productos biológicos** – Usualmente un fármaco o vacuna elaborado de organismos vivos y cuyo uso médico es diagnosticar, prevenir o tratar una condición médica. Por ejemplo, una vacuna contra la gripe o la pulmonía.

**Cantidad aprobada por Medicare** – En el Plan Original de Medicare, la tarifa que Medicare fija como razonable por un artículo o servicio médico cubierto. Ésta es la cantidad que Medicare y usted

pagan a su médico o a su suministrador. Puede ser menos que la cantidad real que cobra el médico o suministrador. A veces la cantidad aprobada es denominada “cargo aprobado”.

**Cargo límite** – En el Plan Original de Medicare, la cantidad más alta de dinero que médicos y otros proveedores de cuidado de la salud que no aceptan la asignación le pueden cobrar a usted por un servicio cubierto. El límite es 15% por encima de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite sólo se aplica a ciertos servicios y no a suministros o equipo.

**Copago** – En algunos planes de salud de Medicare, la cantidad que usted paga por cada servicio médico, como una consulta médica. El copago por lo general es una cantidad fija que se paga un servicio. Por ejemplo, podría ser \$10 o \$20 por cada consulta médica. Los copagos también se usan para algunos servicios de paciente ambulatorio en el hospital en el plan Original de Medicare.

**Coseguro** – El porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare que usted tiene que pagar, después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o la Parte B. En el Plan Original de Medicare, el pago del coseguro es un porcentaje del costo aprobado del servicio (por ejemplo, el 20% para los servicios de la Parte B).

**Deducible** – La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud, antes de que Medicare comience a pagar sea por cada período de beneficios de la Parte A, o por cada año para la Parte B. Estas cantidades pueden variar de año en año.

# PALABRAS QUE DEBE CONOCER

**Días de reserva de por vida** – En el plan Original de Medicare, sesenta días por los cuales pagará Medicare si usted está en un hospital por más de 90 días. Estos 60 días de reserva pueden utilizarse solamente una vez en su vida. Por cada día de reserva, Medicare paga todos los costos cubiertos, con la excepción de la cantidad de un coseguro diario (\$438 en el 2004).

**Hospital de acceso crítico** – Un centro pequeño que brinda servicios ambulatorios y de internación limitados a las personas que viven en áreas rurales.

**Medicaid** – Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de servicios de salud están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

**Necesario por razones médicas** – Servicios o suministros médicos que:

- son apropiados y necesarios para diagnosticar o tratar su condición médica;
- se proveen para el diagnóstico, la atención directa, y el tratamiento de su condición médica;
- cumplen las normas de la buena práctica médica en su localidad; y
- no son primariamente para la conveniencia de su médico

**Plan Medicare Advantage (antiguamente Medicare + Opción)** – Un programa con más opciones a escoger entre planes de salud. Toda persona que disponga de Medicare Partes A y B es elegible, excepto aquellos que padecen de enfermedad renal en etapa final.

Los Planes Medicare Advantage antiguamente se llamaban Planes Medicare + Opción.

**Plan de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO)** – Un tipo de Plan Medicare Advantage en el cual usted puede acudir a médicos, hospitales y proveedores pertenecientes a la red. Puede acudir a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

**Plan Privado de Pago-por-Servicio** – Un plan de seguro privado que acepta beneficiarios médicos. Usted puede ir al médico u hospital que quiera. El plan de seguro, y no el programa de Medicare, es el que decide cuánto pagará usted por los servicios que recibe. Es posible que pague más por beneficios cubiertos por Medicare. Es posible que usted tenga beneficios adicionales que no cubre el Plan Original de Medicare.

**Plan de Salud Administrado Medicare** – Un tipo de Plan Medicare Advantage disponible en ciertas áreas del país. En la mayoría de los planes, usted solamente puede ir a médicos, especialistas, u hospitales que aparecen en la lista del plan. Los planes deben cubrir todos los costos de salud de Medicare Parte A y Parte B. Ciertos planes le brindan beneficios adicionales, como las medicinas recetadas. Sus costos pueden ser más bajos que con el Plan Original de Medicare.

**Prima** – Lo que usted paga periódicamente por cobertura de servicios de salud a Medicare, a una empresa de seguros, o a un plan de servicios de salud.





DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
DE LOS EE.UU.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
7500 Security Boulevard  
Baltimore, MD, 21244-1850

Asunto oficial

Penalidad por uso privado \$300

Publicación CMS No. 10116-S

Revisado noviembre 2004

Your Medicare Benefits (Sp)



Para obtener información adicional, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227). Esta línea gratuita está disponible las 24 horas al día para ayudarlo con sus preguntas sobre Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Necessita usted una copia en español? Llame gratis al  
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).